MEDICAL PROCEDURES IN THE PREVENTION OF OCCUPATIONAL DISEASE

BY

GORDON ATHERLEY
PRESIDENT AND CHIEF EXECUTIVE OFFICER

CANADIAN CENTRE FOR OCCUPATIONAL HEALTH AND SAFETY

PRESENTED AT

OCCUPATIONAL HEALTH AND SAFETY CONFERENCE
ONTARIO FEDERATION OF LABOUR

QUEEN'S UNIVERSITY
KINGSTON ONTARIO
AUGUST 15, 1983

A83-4E

84- 3672 /

CCOHS IDENTIFICATION NUMBER A83-4E

This publication is available
in both official languages.

Cette publication est disponible
dans les deux langues officielles.

This is not an official CCOHS publication but a copy of a speech given by Gordon Atherley MD at the Occupational Health and Safety Conference on August 15, 1983.

Published 1983

Additional copies available upon request.

CCOHS/CCHST
250 Main Street E./250 rue Main est
Hamilton, Ontario, Canada L8N 1H6

Do medical procedures advance workers' health or do they menace workers' jobs?

Medical procedures in the prevention of occupational diseases produce big expectations but provide poor performance. Some people simply gloss this problem; others put a big effort into dealing with it. Either way, other things which medicine can do well are forgotten about.

The poor performance provokes a tension between the aims of prevention and the practice of medicine, a tension creating increasing difficulties with human rights, a tension which needs resolution, a tension which the labour movement could turn to the benefit of workers as well as the medical profession.

Prevention of occupational disease is a sequence. First, we need to predict that some thing in the workplace might cause disease in humans. To make the prediction properly, we need to know a lot about the thing, about the circumstances in which it is risky, and about the disease which the thing causes. The more you know, the more you can predict, and if you can predict you likely can prevent.

In order to predict with any precision you may have to detect--and measure as well--the thing or the problem which it causes. Once your predictions are complete, you act to eradicate the thing, suppress it, protect people against it.

Having done all that, you then pause to reflect, to see whether you acted correctly, acted fast enough, acted effectively.

This sequence, predict-detect-act-reflect, pertains to occupational diseases such as deafness caused by noise, cancer caused by asbestos, pneumoconiosis caused by silica dust, leukemia caused by benzene, anemia caused by lead, kidney disease caused by cadmium, and a whole lot more. If you postpone action in a workplace until you have detected the diseases, you may wait a long, long time because, sometimes, even the first signs of these diseases can take as long as thirty years to show themselves. If you are willing to act once you have detected and measured the noise levels, the asbestos fibres, the silica particles, the benzene vapours, the lead dust, the cadmium fumes, the whole sequence can be measured in days and weeks rather than years of your working lifetime.

CODESOCHST
[illegible]

Everybody openly discusses the errors in the analytical measurements of noise levels, asbestos fibres, silica particles, benzene vapours, lead dust, and cadmium fumes but hardly anybody seems anxious to discuss the errors in the medical tests of deafness, cancer, pneumoconiosis, leukemia, anemia, and kidney disease--how often the tests miss the disease, how often they detect a disease which is not there. On any side-by-side comparison, analytical measurements would beat the medical tests with points to spare.

If you want to approach occupational disease by accurate prediction, sensitive detection, speedy action and productive reflection in your lifetime, the only way to go for prevention is to measure, evaluate and control the noise levels, the asbestos fibres, the silica particles, the lead dust, the cadmium fumes ... and the rest of the workplace contaminants.

Some people believe that medical monitoring can detect hazards hitherto undetected in a particular workplace; if medical monitoring has to be relied upon for that, something is wrong with the prediction--and the occupational health and safety legislation and its enforcement. Some people believe that medical monitoring can act as a backstop on workplace control; that is a job for scientific instruments, not biological monitoring because the human body is not intended for use as a dosimeter. Some people believe that medical monitoring can detect hazards hitherto undetected in any workplace; that is a job for research, not medical monitoring. Some people say that some medical monitoring is essential in some circumstances. I have yet to see an example of so-called essential medical monitoring which does not seem inessential and inefficient after sceptical scrutiny, but I am open to be convinced. Some people say medical monitoring is cost-effective; cost-effective for whom, I ask?

So why do we see more and more medical procedures creeping into more and more occupational health and safety legislation? And does this creeping medical monitoring matter? Should we be worried by the growing conflict between medical monitoring and human rights; a clash of right with right? These are questions for labour, governments, employers, not for professionals and scientists; these are questions for you, today, tomorrow; these are urgent questions.

I can help you by asking, what are the medical procedures involved in prevention? Are they useful or not?

The medical procedures are <u>medical and biological monitoring</u>, <u>immunizing</u>, <u>chelating</u>, and <u>surgical operating</u>.

CCOHS/CCHST
Hamilton, Ontario, Canada L8N 1H6

Medical monitoring means all the procedures like medical tests, psychological questionnaires, clinical examinations, physiological checks, laboratory samplings, and so on. Medical monitoring is used to select people according to whether they are fit for work, unfit for work, or fit for work with conditions, whether generally or specifically with harmful things, as in the case of Ontario's designated substance regulations. Medical monitoring is used to detect disease, occupational or otherwise, for whatever purpose.

Not included in medical monitoring is genuine medical research, which will always be important. Not included in medical monitoring is access for workers to skilled medical advice, which some of us think should be a fundamental right. Medical monitoring is medical testing used to select people, and to monitor people. Selection is one face of a coin; discrimination, the other. The human rights legislation slowly establishing itself across the Canadian jurisdictions--sometimes with difficulty--provides a pattern that I think will be followed in many other countries, as they come to recognize that human rights have to be written down, that they cannot be left to goodwill and complacency. The Canadian human rights legislation safeguards disabled people against discrimination; the legislation recognizes the humane principle that the disabled have as much right to work as anybody else. And we are finding that some people regarded as disabled for particular work are not really disabled at all. We are all disabled if medical monitoring is pressed hard enough--which of us is physiologically, medically, and scientifically perfect?

Human rights legislation is needed because selection of the fit for employment is sometimes carried out with too great an enthusiasm, with the idea of having a workforce superresistant to anything the workplace can throw at it; we are all susceptible to occupational disease in unhealthy workplaces. Human rights legislation is needed because selection of the fit for employment is sometimes carried on with too great an enthusiasm, with the idea that the compensation board should not be liable for any health problems at all; we are all liable to occupational disease in unhealthy workplaces.

I knew one foundry where the occupational physician found unfit anyone at preemployment examinations with any degree of hearing loss, on the grounds that they would be a bad risk to the company. Eventually, the management had to restrain the physicians's enthusiasm because not having foundry workers was an even worse risk for the company.

Human rights legislation is needed because selection of the fit for exposure to certain places of work, such as those involving lead, is sometimes carried out with so great an enthusiasm that whole groups of people are excluded, such as women of child-bearing age.

CODEHOCHET
200 Main Street E.,Box 100 Main ext.
Hamilton, Ontario, Canada L8N 3Z5

Human rights legislation is needed because selection of the fit for work is sometimes done with so great an enthusiasm that willing workers wanting only the chance to prove their worth are denied the chance, and employers are denied valuable workers because, as the history of human endeavour shows, human beings are capable of overcoming incredible handicaps. No medical tests exist for assessing guts.

Medical monitoring involves medical tests, but medical tests are not accurate tests; medical science is poor at charting the future course of individual human lives. Accurately predicting unfitness for exposure to anything is ordinarily beyond the scientific limits of medicine, with a few notable exceptions. Predicting fitness for exposure to anything represents a judgement which depends upon the attitude, age, outlook and physical and mental health of the physician as well as the would-be worker. Almost nothing in the way of research has been done to explore the effect of the physician's attitude on his/her assessments, yet many physicians and many workers would agree that the one has an important bearing on the other.

So far as medical detection, medical selection, and medical discrimination are concerned, Canadian human rights experience reveals starkly the consequences of some of this activity. It is widely accepted that medical discrimination goes on, but too little thought is being given to the effect of this discrimination on the victim, even though everybody would accept that it is a "bad thing." Of the attention which has been given, the study by Sackett, Haynes and their colleagues from McMaster University, pertaining to the medical detection of raised blood pressure in steelworkers in Hamilton revealed a phenomenon they called <u>labelling</u>. Haynes and colleagues looked at what happened to workers taking part in a program of surveillance of blood pressure. High blood pressure was found in some people who did not know they had it; they had no symptoms. Data on these people were compared before diagnosis and after: the data showed dramatic increases in sickness absence from work for some of the people. These people had been labelled as sick, and sick they became, or so it seemed--we can't be sure of the explanation. All this might be justifiable if the detection of blood pressure by these means made a difference in terms of treatment and outlook, and if the intervention on balance produced more good than harm. The jury is still out on that issue.

Less scientific, much on the same lines, and more dramatically detailed, is the life history of an asbestos worker studied by CCOHS. This man and his colleagues had learned by various means--from the employer, unions, media--twenty or more years previously, that they had been exposed to asbestos in dangerous quantities and that some of them would die from

CCOHS/CCHST
250 Main Street E./250 rue Main est.
Hamilton, Ontario, Canada L8N 1H6

asbestos cancer and other asbestos-related diseases. This man subsequently developed mesothelioma, perhaps the most unpleasant of all the occupational diseases. From final diagnosis to death was a matter of a few months. But our study of his life shows that his death began, not when the diagnosis was finally established, but perhaps a dozen years earlier, when he first became aware of the fatal dangers of asbestos exposure. I am not advocating workers being denied information, gloomy or otherwise; what I am advocating is attention to the individual and family consequences of medical monitoring when the detection leads to nothing which has the slightest chance of improving the outcome. Medical monitoring may make the person's last years, or months, or days all the more painful--psychologically--than they would have been.

If we are to inform people that industrial exposures could limit their life expectancy, then surely there is a responsibility to give them support with their terrible burden? Until the workplaces of the world have been cleaned up properly, these individual catastrophes will continue to occur. If we persist in seeing occupational health and safety as merely epidemiology, in which people's lives are points of data for an elaborate statistical game, then such catastrophes will continue to occur without anyone assuming responsibility for helping individuals face their sentence of death. Occupational health means the prevention of occupational disease, we all agree, but does it not also mean, at the very least, helping victims, not only with compensation but also with wise counselling and effective support? It is high time that someone took an interest in helping people who have to confront such catastrophes, and who better than occupational physicians?

Immunizing people against disease continues to be an effective way of eradicating certain types of disease caused by microbes. The most spectacular success story of immunization is probably smallpox against which immense progress has been made worldwide. There are occupational diseases caused by microbes: for example brucellosis in agricultural workers, Weil's disease in sewer workers, and tuberculosis in medical personnel. CCOHS has found microbe-linked occupational disease more important than is believed. Immunization may well be important in the prevention of disease in such workers, but immunization by itself is not sufficient: predict-detect-act-reflect must also secure personal protection, good hygiene and, where possible, eradication of the microbe from the animal carrier. Sometimes the animal can be eradicated, though this is hardly practical with cows. The recent grim news about malaria shows that the war with that disease's carrier, the mosquito, is far from won.

Chelating is the name of a chemical procedure sometimes used for medical purposes which involves using chemicals to

CCOHS/CCHST
250 Main Street E./250 rue Main est.
Hamilton, Ontario, Canada L8N 1H6

remove chemicals from workers' bodies. The chemical which does the removing is called a chelating agent; it has the potential to mop up toxic metals, such as lead. Chelating agents are useful in the treatment of people poisoned by toxic metals, such as lead. But chelating agents are also one way to prevent lead poisoning: prevention by administering chelating agents to lead workers on a regular daily basis. In this way, the incidence of lead poisoning could be kept down without the need to do anything about the lead in the air of the workplace. Is that what we mean by occupational health?

Chelating agents have a valid place in the treatment of occupational disease, but not in its prevention.

Human rights legislation may be needed, perhaps an ILO convention, to outlaw that kind of abuse of the human body.

Occasionally, surgery has been invoked in the prevention of occupational disease. The most notorious application was the voluntary sterilization of women workers, so that they could be considered fit for work in the chemical industry. Surgical intervention of that nature must always be wrong in principle, just as it would be wrong to shorten a worker's arms because he or she was too big for the machine.

Human rights legislation may be needed to outlaw this kind of abuse of the human body.

In Canada, thank goodness, some of these dangerous things are only possible, not actual, but we do still have a need for guidelines for medical monitoring. Guidelines proposed by CCOHS staff are presented here as one step in that direction. (See Annex.)

But even the guidelines do not address the fundamental problem of how the contribution of medicine to occupational health could be strengthened, despite its weakness on prevention. What we need to look at is the total medical package of which medical procedures aimed at prevention form a part.

The package comes down to three pairs of things: protection and prevention, treatment and rehabilitation, advice and guidance.

Protection and prevention, as I said already, is not a strong point of occupational medicine, nor of medicine generally. Treatment and rehabilitation is the strongest point but, unfortunately, in the occupational domain, treatment is the subject of something which might be termed an interunion dispute, in that family physicians do not agree to occupational physicians' getting involved in treatment; on rehabilitation there is more flexibility.

CCOHS/CCHST
250 Main Street E./250 rue Main est.
Hamilton, Ontario, Canada L8N 1H6

This leaves advice and guidance which ought to be a strong point, but is not. Occupational physicians, I think, ought to be involved with providing a service to individual workers which gives them information and advice which is trustworthy, complete, and understandable. To be those things, the information and advice need to be based on sound medical and scientific knowledge; they need to be dispensed by physicians who are people-oriented, who have no ambiguity in role or loyalty, and who are expert not only in occupational disease but in all aspects of the work-health, health-work relation.

In order to avoid ambiguity in role, in my opinion, the people-oriented physician giving a service to individual workers should not be involved with compensation boards; should not be involved with data gathering for employers, government or labour except as agreed on a tripartite basis against some guidelines, such as those proposed by CCOHS staff; should not be involved in acting for anyone or anything except the health and mental well-being of the workforce; should not be involved with preemployment examinations aimed at selecting out the unfit.

Some people think that these things would be avoided if only the physician's employer were someone other than the worker's employer. Whilst that may be true, it is also true that the criteria I have just outlined are essential, and that if these are not respected there will continue to be tension between occupational physicians and workers, whoever is the physician's employer. What's needed, I think, is a rethink of the purposes of occupational medicine, a rethink of the training for it, and a rethink of the way it does its work, as well as a rethink of whom occupational physicians should report to, taking account of the Québec experience with their arrangements for occupational physicians. If occupational medicine is not concerned with the health and well-being of workers, then what branch of medicine is?

The occupational physician who interprets occupational health and safety as caring for the individuals who make up the workforce--this includes individual managers as well as individual workers--will be concerned to advise, to counsel, to explain, to support, to understand, to inform the individuals s/he cares for and about. These individuals will be fit, not-so-fit, male, female; young, old; experienced, inexperienced--the physician takes us as we are, helps us fulfil ourselves, gives us the information we need to work, to work for change, and to work for a living where the hidden costs do not present for payment by us years later. For all of this, there has to be trust and confidence, and how can there be trust and confidence if the physician is called upon by employers to act as a policeman, by government to act as an informer, by compensation boards to act as a risk assessor, and by workers to deliver on an impossible task?

CCOHS/CCHST
250 Main Street E.,Hamilton, Ontario, Canada L8N 1H6

Medicine is good at dealing with certain kinds of diseases and their consequences. Diseases caused by the environment in which we live and work--and there are many such diseases--are prevented by actions by those people with the power over the things which cause the disease. Who really has the power to deal with noise, asbestos, silica, benzene, lead, cadmium, and the rest? Whoever it is, it is not the occupational physician, though he or she may well have the opportunity to influence those with the power.

The guidelines proposed by CCOHS staff, in connection with work, are intended for discussion. But there's a need for a wider discussion still--on what workers want from occupational physicians. My friend Dr David Muir, at McMaster University, suggested a task force with equal representation by labour and medicine, charged with the job of answering that question realistically. He was kind enough to suggest CCOHS as the organizer of the task force. If the Ontario Federation of Labour would welcome such an initiative, I should be pleased to take the first steps aimed at bringing the task force into being.

Medical procedures in the prevention of occupational disease. We know that occupational disease is prevented by preventing dangerous places of work. We know that medical procedures are poor at preventing and predicting occupational disease. We know that medical procedures used in the name of prevention are too often turned against workers.

How can we know that occupational medical procedures offer workers care, concern and counsel? How can we know occupational medical procedures bring workers advice, information and explanation? How can we know that occupational medical procedures give workers support and understanding?

How can we know these things? That is the challenge for us all.

CCOHS/CCHST
250 Main Street E./250 rue Main est.
Hamilton, Ontario, Canada L8N 1H6

ANNEX

In order to protect the health and dignity of Canadian workers, the following rights should be recognized in full:

1. The right to know, that is, the right to obtain trustworthy, comprehensive, and understandable information about the risks of work and the right to know about medical monitoring in connection with work. The worker should have the right to copies of test results, to a full explanation of the tests, to their interpretations, and to knowledge of the uses to which the data will be put.

2. The right to skilled medical advice in all aspects of the work-health relation.

3. The right not to be discriminated against on the grounds of ill-health or disability.

4. The right to privacy, specifically concerning confidentiality of medical information.

5. The right to refuse medical monitoring carried out in connection with work. That is, no medical monitoring is to be carried out without the worker's specific and informed consent.

6. The right to procedural protection and full compensation, if medical monitoring leads to loss of job or benefits.

The worker should have the basic responsibility for deciding whether to accept a particular job. The essential limitations on the worker's freedom of choice are whether the worker can actually carry out the job and the degree of risk to others which acceptance of the job would entail. In order to determine whether a worker is capable of doing a particular job, a practical assessment rather than medical tests or questionnaires should be used.

CCOHS/CCHST
250 Main Street E./250 rue Main est.
Hamilton, Ontario, Canada L8N 1H6

L'ACTE MEDICAL ET LA PREVENTION DES MALADIES PROFESSIONNELLES

PAR

LE DOCTEUR GORDON ATHERLEY
PRESIDENT ET ADMINISTRATEUR EN CHEF

PRESENTE A

LA CONFERENCE SUR LA SANTE ET LA SECURITE AU TRAVAIL
DE LA FEDERATION DU TRAVAIL DE L'ONTARIO

UNIVERSITE QUEEN'S
KINGSTON (ONTARIO)
LE 15 AOUT 1983

A83-4F

L'ACTE MEDICAL ET LA PREVENTION DES MALADIES PROFESSIONNELLES

NUMERO DE CONTROLE DU CCHST: A83-4F

Cette publication est disponible dans
les deux langues officielles.

Ceci n'est pas une publication officielle du CCHST,
mais un double du discours présenté à la Conférence sur la
santé et la sécurité au travail de la Fédération du travail de
l'Ontario à l'université Queens à Kingston Ontario, le 15 août,
1983.

Publié en 1983

On peut obtenir des copies supplémentaires,
sur demande en s'adressant au Centre canadien
d'hygiène et de sécurité au travail, 250 rue Main est,
Hamilton, Ontario, Canada, L8N 1H6

CCOHS/CCHST
250 Main Street E./250 rue Main est.
Hamilton, Ontario, Canada L8N 1H6

L'acte médical favorise-t-il la santé des travailleurs ou compromet-il leurs emplois?

Du point de vue de la prévention des maladies professionnelles, l'acte médical crée des attentes considérables, mais donne de piètres résultats. Certains préfèrent fermer les yeux sur le problème, tandis que d'autres font flèche de tout bois pour le surmonter. Entretemps, les autres bienfaits de la médecine sont escamotés.

Ces piètres résultats provoquent des tensions entre les objectifs de la prévention et la pratique de la médecine: des tensions qui rendent de plus en plus difficile le respect des droits de la personne, des tensions qui demandent à être résolues, des tensions que le mouvement syndical pourrait exploiter au profit de la masse ouvrière aussi bien que du corps médical.

La prévention des maladies professionelles se fait en plusieurs étapes. Tout d'abord, il faut prévoir qu'un certain élément du milieu de travail risque de devenir cause de maladie chez les humains. Pour que les prédictions soient justes, il faut étudier à fond la substance suspecte, les circonstances dans lesquelles elle pose un danger, et la maladie qui en résulte. Plus les connaissances sont approfondies, mieux sont les prévisions. Ainsi, s'il est possible de prédire, tout probable qu'il est possible de prévenir.

Pour prédire avec justesse, il y a des chances qu'il faille détecter et mesurer la substance dangeureuse ou encore le problème qu'elle cause. Une fois les prédictions énoncées, on s'efforce de se débarrasser de la substance nuisible, d'en réduire les effets et de protéger les personnes qui y sont exposées.

On s'arrête ensuite pour réfléchir, pour se demander si les mesures qu'on a prises sont les meilleures, si l'on a agit assez rapidement.

Ces quatre étapes, <u>prédire</u> - <u>détecter</u> - <u>agir</u> - <u>réfléchir</u>, s'appliquent à des maladies professionnelles comme la surdité causée par le bruit, le cancer attribuable à l'amiante, la pneumoconiose causée par les poussières de silice, la leucémie attribuable au benzène, l'anémie causée par le plomb, les maladies du rein attribuables au cadmium, et à bien d'autres encore. Si aucune mesure n'est prise avant que les maladies aient été détectées en milieu de travail, il se peut que cela prenne

CCOHS/CCINST
250 Main Street E./250 rue Main est.
Hamilton, Ontario, Canada L8N 1H6

beaucoup de temps, car il arrive que les premiers signes de maladies professionnelles ne se manifestent qu'au bout d'une trentaine d'années d'exposition. Si l'on est disposé à agir dès que l'on a détecté et mesuré les niveaux de bruit, les fibres d'amiante, les particules de silice, les vapeurs de benzène, les poussières de plomb, ou les vapeurs de cadmium, ces quatre étapes peuvent se résumer à quelques jours ou à quelques semaines plutôt que s'échelonner sur plusieurs années de vie active.

Personne n'hésite à discuter des erreurs d'analyse, qu'il s'agisse du niveau de bruit, des fibres d'amiante, des particules de silice, des vapeurs de benzène, des poussières de plomb, ou des vapeurs de cadmium, mais rares sont ceux qui s'empressent de parler des erreurs que présentent les examens médicaux servant à détecter la surdité, le cancer, la pneumoconiose, la leucémie, l'anémie et les maladies du rein. Combien de fois les tests dissimulent-ils la maladie? Combien de fois les tests révèlent-ils une maladie qui s'avère inexistante? Quelle que soit la comparaison, les mesures analytiques seront de loin plus justes que les examens médicaux.

Pour prévoir avec acuité, détecter avec précision, agir dans les meilleurs délais et en arriver à des réflections constructives face aux maladies professionelles en l'espace d'une vie, le seul moyen consiste à mesurer, à évaluer et à contrôler les niveaux de bruit, les fibres d'amiante, les particules de silice, les poussières de plomb, les vapeurs de cadmium et tous les autres agents de contamination en milieu de travail.

Certaines personnes estiment que la surveillance médicale permet de déceler des dangers qui passent inaperçus en milieu de travail. S'il faut compter sur la surveillance médicale pour en arriver à cette fin, la prédiction fait défaut, de même que la législation sur la santé et la sécurité au travail et la façon dont elle est appliquée. Pour certains, la surveillance médicale peut servir de complément à l'étude du milieu de travail. Cette tâche revient aux instruments de mesure scientifique, non à la surveillance biologique: le corps humain n'est pas destiné à servir de dosimètre. On prétend que la surveillance médicale peut déceler des dangers qui passent inaperçus en milieu de travail. Cette tâche revient aux chercheurs, non pas au corps médical. Certains affirment que la surveillance médicale est indispensable dans certaines circonstances. Je n'ai encore vu aucun exemple de surveillance médicale soi-disant essentielle qui ne s'est avérée inutile et inefficace, mais je me laisserais convaincre volontiers. Certains affirment que la surveillance médicale est rentable; rentable pour qui je me demande?

CCOHS/CCHST
250 Main Street E./250 rue Main est.
Hamilton, Ontario, Canada L8N 1H6

Comment se fait-il alors que l'acte médical prend de plus en plus de place dans la législation sur l'hygiène et la sécurité du travail? L'augmentation de la surveillance médicale est-elle un facteur important? Devrions-nous nous préoccuper du conflit qui se dessine entre la surveillance médicale et les droits de la personne, un droit qui se heurterait à un autre droit? Ces questions, il faut les adresser aux syndicats, aux gouvernements et aux employeurs, non pas aux professionnels et aux scientifiques. Ces questions sont pour vous tous des plus pressantes.

Pour vous aider à y répondre, nous pourrions examiner quels actes médicaux sous-tendent la prévention et dans quelle mesure ils sont utiles.

Les plus courants sont la surveillance médicale et biologique, la vaccination, le chélation et l'intervention chirurgicale.

L'expression surveillance médicale englobe tous les tests médicaux, questionnaires d'ordre psychologique, examens cliniques, examens physiologiques et prélèvements d'échantillons de toutes sortes. On a recours à la surveillance médicale pour déterminer quels employés sont aptes au travail, inaptes au travail, ou aptes au travail dans certaines conditions, soit de façon générale ou en présence de substances dangereuses, comme dans le cas des règlements de l'Ontario sur les substances désignées. La surveillance médicale sert à détecter les maladies, professionnelles ou autres, à des fins diverses.

Cette surveillance exclut la véritable recherche médicale, qui sera toujours importante. La surveillance médicale exclut également l'accès des travailleurs à des conseils médicaux avisés, droit qui selon quelques-uns d'entre nous devrait être fondamental. La surveillance médicale se résume parfois à une série d'examens médicaux destinés à la sélection et au monitorage des travailleurs. La sélection, c'est un côté de la médaille; le revers, c'est la discrimination. La législation sur les droits de la personne que toutes les juridictions canadiennes sont en voie d'adopter - mais non sans peine - servira d'exemple je crois à bien d'autres pays. De plus en plus, on reconnaîtra la nécessité de consigner les droits de la personne et que l'on ne peut se permettre de compter sur la bienveillance et l'indulgence des autorités. La charte canadienne des droits de la personne protège les handicapés contre la discrimination: elle

CODEHOUSE

reconnaît le principe humain voulant que le handicapé ait autant le droit de travailler que quiconque. Aussi, nous constatons que certaines personnes considérées handicapées pour des tâches particulières ne le sont en fait pas du tout. Nous sommes tous handicapés si la surveillance médicale est poussée à l'extrême: qui de nous oserait se vanter d'une constitution parfaite des points de vue physiologique, médical et scientifique?

Il est indispensable de se munir de lois sur la protection des droits de la personne, car la sélection des personnes aptes au travail est souvent exagérée dans la perspective de constituer une main-d'oeuvre qui résisterait hors de tout doute à tout ce que le milieu de travail pourrait lui faire subir. Personne n'est à l'abri de la maladie professionelle dans un milieu de travail insalubre. Il est indispensable de se munir de lois sur la protection des droits de la personne, car la sélection des personnes aptes au travail est souvent exagérée pour que les commissions des accidents du travail ne soient tenues responsables d'aucun problème de santé. Nous sommes tous sujets à la maladie professionnelle en milieu de travail insalubre.

Je me souviens d'une fonderie où le médecin de service faisait échouer à l'examen préalable tout candidat qui présentait quelque affaiblissement du sens de l'ouïe, en alléguant qu'il présentait des risques élevés pour l'entreprise. La direction s'est vue obligée de prier le médecin de faire moins de zèle, car il était encore moins dans l'intérêt de la fonderie qu'elle se retrouve sans travailleurs.

Il est indispensable de se munir de lois sur la protection des droits de la personne, car il arrive que l'on prenne tellement de soin à choisir les candidats aptes à travailler dans certains lieux de travail, par exemple là où il y a des poussières de plomb, que l'on exclue des catégories entières de personnes, par exemple toutes les femmes en âge d'avoir des enfants.

Il est indispensable de se munir de lois sur la protection des droits de la personne, car la sélection des employés est souvent exagérée au point que l'on ne laisse aucune chance aux personnes qui n'attendent que l'occasion de montrer leurs compétences. De plus, les employeurs sont privés de précieux talents, car l'histoire nous prouve que l'homme est capable de surmonter les handicaps les plus redoutables. Aucun examen médical ne permet de montrer à quel point on a du coeur au ventre.

CCOHA/CCHST
200 Main Street E./200 rue Main est.
Hamilton, Ontario, Canada L8N 1H6

La surveillance médicale implique des examens médicaux, mais ces examens ne sont pas toujours exacts. La médecine est souvent impuissante lorsqu'il s'agit de prévoir l'évolution des vies humaines. Affirmer dans quelle mesure une personne devrait éviter de s'exposer à une substance quelconque dépasse normalement les limites scientifiques de la médecine. Toute prévision de cet ordre équivaut à un jugement qui dépend de l'attitude, de l'âge, du point de vue et de la santé physique et mentale du médecin autant que du candidat. Pratiquement aucune étude n'a été faite sur les effets de l'attitude du practicien sur son diagnostic, pourtant nombreux sont les médecins et les travailleurs qui reconnaîtraient l'important rapport qui existe entre ces deux éléments.

Pour ce qui est de la détection, de la sélection et de la discrimination médicale, l'expérience du Canada dans le domaine des droits de la personne met en plein jour les conséquences qu'elles peuvent entraîner. A peu près tout le monde déplore que la discrimination médicale existe, mais on ne s'inquiète pas suffisamment de ses répercussions sur la victime. Une étude menée par Sackett, Haynes et leurs collègues de l'université McMaster sur la détection de l'hypertension artérielle chez les ouvriers métallurgiques de Hamilton révèle un phénomène que l'on appelle communément l'étiquetage. Haynes et ses collègues ont examiné l'état de santé des ouvriers dans le cadre d'un programme de surveillance de la tension artérielle. Ils ont trouvé de l'hypertension chez des travailleurs qui ne présentaient aucun symptôme et qui n'en avaient nullement conscience. Après avoir comparé les données recueillies avant et après le diagnostic, ils ont constaté que le taux d'absence pour cause de maladie avait monté en flèche. Il semblerait donc que les ouvriers qu'on a étiquetés comme malades le sont devenus effectivement - mais l'explication demeure ambigue. Ces mesures peuvent se justifier si la détection de la tension artérielle influe sur le traitement et la perspective adoptés et si l'intervention produit somme toute plus de bien que de tort. L'affaire n'est pas encore close.

Le cas d'un travailleur de l'amiante étudié par le Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail est dans le même genre, quoique moins scientifique et plus dramatique. Cet homme et ses collègues avaient appris de diverses sources (employeur, syndicats, médias) une vingtaine d'années plus tôt qu'ils avaient été exposés à des quantités nuisibles de fibres d'amiante et que certains d'entre eux mourraient du cancer et d'autres

maladies causées par l'amiante. Cet homme a été atteint de mésothéliome, probablement la plus désagréable de toutes les maladies professionnelles. Il est décédé quelques mois après que le diagnostic a été confirmé. Cependant, notre étude révèle que sa mort remonte non pas au moment où il a pris connaissance du diagnostic, mais peut-être à une douzaine d'années auparavant, lorsqu'on lui a fait prendre conscience des dangers fatals de l'exposition aux fibres d'amiante. Je ne préconise pas que l'on prive les travailleurs de renseignements, si inquiétants qu'ils soient; ce que je souhaite, c'est que l'on prête attention aux conséquences de la surveillance médicale sur les individus et leur famille lorsque la détection ne laisse entrevoir aucune possibilité d'amélioration de la situation. La surveillance médicale risque de rendre les dernières années, les derniers mois, ou les derniers jours d'une personne encore plus pénibles, sur le plan psychologique, qu'ils ne le seraient autrement.

Si nous nous faisons un devoir d'informer les travailleurs que leur espérance de vie pourrait être réduite en raison de leur exposition à des substances dangereuses, nous devrions assurément nous faire un devoir de leur accorder notre soutien. Ces calamités personnelles ne cesseront pas tant que les milieux de travail du monde entier n'auront pas été débarrassés de toutes matières dangereuses. Si nous nous entêtons à voir dans l'hygiène et la sécurité du travail une simple épidémiologie, où des vies humaines sont les éléments de données d'un jeu statistique élaboré, les calamités se répéteront sans que quiconque assume la responsabilité d'aider ceux qui font face à une mort certaine. Nous sommes tous d'accord qu'il faut entendre par hygiène professionnelle la prévention des maladies professionnelles, mais cela n'inclut-il pas à tout le moins l'assistance aux victimes, non seulement le versement de prestation, mais aussi un counselling avisé et un soutien véritable? Il est grand temps que quelqu'un s'intéresse aux personnes pour qui ces malheurs sont imminents. Les médecins de travail ne seraient-ils pas tout indiqués?

La <u>vaccination</u> demeure un bon moyen d'enrayer certaines maladies causées par les microbes. La plus spectaculaire réussite dans le domaine est probablement la maîtrise presque totale de la variole à l'échelle du monde entier. Certaines maladies professionnelles sont causées par des microbes, notamment la brucellose chez les travailleurs agricoles, la maladie de Mathieu-Weil chez les égoutiers et la turberculose chez les employés de la

CCOHS/CCHST
250 Main Street E./250 rue Main est.
Hamilton, Ontario, Canada L8N 1H6

profession médicale. Le Centre canadien d'hygiène a découvert que les maladies professionnelles attribuables aux microbes sont plus importantes qu'on ne le croit. La vaccination peut être fort utile pour prémunir les travailleurs contre la maladie, mais elle ne suffit pas. Les étapes de la prédiction, de la détection, de l'action et de la réflexion doivent aussi garantir une protection personnelle, de bonnes mesures d'hygiène et, dans la mesure du possible, l'élimination du microbe de l'animal qui en est porteur. Dans certains cas, il s'agit de faire disparaître l'animal, mais cela ne saurait s'appliquer aux vaches. Les dernières sinistres nouvelles sur la malaria laissent supposer que la lutte contre le moustique, porteur de cette maladie, est loin d'être terminée.

La chélation est un procédé chimique que l'on utilise parfois en médecine pour éliminer les substances toxiques absorbées par les travailleurs. Les agents chélateurs s'avèrent utiles dans le traitement des personnes intoxiquées par des métaux comme le plomb. Cependant, il arrive que des agents chélateurs soient administrés de façon régulière pour prévenir l'empoisonnement au plomb chez les ouvriers. C'est ainsi que l'on minimise l'incidence de l'empoisonnement au plomb sans avoir à prendre des mesures pour réduire les poussières de plomb en suspension dans les lieux de travail. Est-ce vraiment ce que l'on entend par hygiène professionelle?

Les agents chélateurs ont un rôle valable à jouer dans le traitement des maladies professionnelles, mais non dans leur prévention.

Peut-être faudrait-il une législation visant la protection des droits de la personne, ou une convention du Bureau international du travail, pour interdire ce genre d'abus à l'endroit du corps humain.

On a déjà eu recours à la chirurgie pour prévenir les maladies professionnelles. L'application la mieux connue est sans doute la stérilisation volontaire de travailleuses afin qu'elles puissent être employées dans l'industrie chimique. Une intervention chirurgicale de cette nature ne doit jamais être justifiable. Il serait tout aussi condamnable de raccourcir les bras d'une ou d'un employé pour les ajuster à une machine.

Il faudra peut-être s'en remettre à la législation sur les droits de la personne pour interdire ce genre d'abus à l'endroit du corps humain.

CCOHS/CCHST
250 Main Street E./250 rue Main est.
Hamilton, Ontario, Canada L8N 1H6

Au Canada, fort heureusement, certains de ces dangers ne sont que possibles; ils ne sont pas encore réalité. Nous avons toutefois besoin de lignes de conduite en matière de surveillance médicale. Celles proposées par le personnel du Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail sont présentées comme un premier pas en ce sens (se reporter à l'annexe).

Néanmoins, même les lignes de conduite n'effleurent pas la question de savoir comment la médecine pourrait mieux contribuer à l'hygiène du travail, en dépit des faiblesses dont elle témoigne sur le plan de la prévention. Il faut nous pencher sur la médecine dans son ensemble, dont l'acte médicale axé sur la prévention fait partie.

Cela revient à trois éléments fondamentaux: protection et prévention, traitement et rétablissement, conseils et orientation.

Comme je l'ai déjà dit, ni la protection ni la prévention ne constitue un point fort de la médecine du travail, ou de la médecine en général. Le traitement et le rétablissement sont des points forts, mais le traitement est malheureusement l'objet d'une querelle que l'on pourrait appeler intersyndicale, en ce sens que les médecins de famille n'acceptent pas que les médecins du travail participent au traitement de leur patient. Quant à la question du rétablissement, il y a plus de souplesse.

Il reste les conseils et l'orientation, qui devraient constituer un point fort de la médecine du travail: en réalité c'est tout le contraire. J'estime que les médecins du travail devraient collaborer à fournir aux travailleurs des renseignements et des conseils qui soient fiables, complets et compréhensibles. Ces renseignements et conseils doivent donc être fondés sur des connaissances médicales et scientifiques sûres et être donnés par des médecins qui soutiennent les intérêts des personnes, dont le rôle ou les devoirs sont clairs, et qui sont spécialistes non seulement des maladies professionnelles, mais aussi de tous les aspects de la relation qui existe entre le travail et la santé.

Pour éviter toute ambiguité quant à son rôle, le médecin, qui offre un service individualisé aux travailleurs ne devrait pas à mon avis faire partie de commissions des accidents du travail, ni participer à la collecte de données pour le compte des employeurs, des gouvernements ou des syndicats, à moins que cela n'ait été

CCOHS/CCHST
250 Main Street E./250 rue Main est.
Hamilton, Ontario, Canada L8N 1H6

convenu sur une base tripartite suivant des lignes de conduite précises, comme celles proposées par le personnel du CCHST; ni prendre part aux examens de pré-sélection qui sont destinés à éliminer certaines catégories de candidats. Son seul souci devrait être le bien-être physique et psychique de la population ouvrière.

Certains sont d'avis que la solution serait d'assurer que le médecin n'ait pas le même employeur que le travailleur. Peut-être, mais il ne faut pas oublier que les critères que je viens d'énoncer sont essentiels et que si l'on n'en tient pas compte, il y aura toujours des tensions entre les médecins de travail et les travailleurs, quel que soit l'employeur du médecin. A mon avis, il faut réexaminer les objectifs de la médecine du travail, réexaminer la formation donnée aux médecins de cette spécialité, réexaminer la façon dont cette médecine est pratiquée et réexaminer de qui le médecin du travail devrait relever, en tenant compte des dispositions prises par le gouvernement du Québec à l'égard des médecins du travail. Si la médecine du travail n'a rien à voir avec la santé et le bien-être des travailleurs, alors sur quelle branche de la médecine faut-il compter?

Le médecin qui interprète l'hygiène et la sécurité du travail comme la défense des intérêts des personnes qui constituent la main-d'oeuvre - ceci comprend les cadres aussi bien que les ouvriers - se préoccupe de conseiller, d'orienter, d'expliquer, de soutenir, de comprendre et d'informer les personnes dont il a épousé les intérêts. Il s'agira de personnes en bonne ou mauvaise santé, d'hommes et de femmes, jeunes ou vieux, expérimentés ou inexpérimentés: le médecin nous prend tels que nous sommes, nous aide à nous épanouir, nous donne les renseignements dont nous avons besoin pour travailler à un monde meilleur et pour gagner notre vie d'une manière qui ne présente pas de coûts cachés qu'il faudra payer au bout du compte. Pour que tout cela se fasse, il faut un climat de confiance. Or comment établir ce climat de confiance si le médecin est appelé par l'employeur à faire la police, par le gouvernement à être informateur, par les commissions des accidents du travail à évaluer les "risques" et par les travailleurs à faire l'impossible?

La médecine est efficace pour traiter certains types de maladies et leurs conséquences. Les maladies causées par le milieu dans lequel nous vivons et travaillons - et elles sont nombreuses - sont prévenues grâce aux mesures que prennent ceux qui détiennent le pouvoir sur les éléments qui en sont à l'origine. En effet, qui a le

CCHSTCCHST
Hamilton, Ontario, Canada L8N 1H6

pouvoir de prendre des mesures face au bruit, aux fibres d'amiante, aux particules de silice, aux vapeurs de benzène, aux poussières de plomb, aux vapeurs de cadmium et à tous les autres agresseurs? Qui que ce soit, ce n'est pas le médecin du travail, bien qu'il ou elle puisse avoir la possibilité d'influencer les détenteurs du pouvoir.

Les lignes de conduite proposées par le Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail sont destinées à alimenter la discussion. Mais une discussion de plus grande portée s'impose sur les services que les travailleurs désirent obtenir des médecins du travail. Mon ami le docteur David Muir, de l'université McMaster, a recommandé qu'un groupe de travail soit formé d'un nombre égal de représentants des syndicats et du corps médical, afin de trouver des réponses réalistes à cette question. Il a eu la bienveillance de proposer que le Centre en soit l'organisateur. Si la Fédération du travail de l'Ontario est favorable à l'initiative, je serai heureux de faire les premiers pas en vue de la création de ce groupe de travail.

L'acte médical et la prévention des maladies professionnelles. Nous savons qu'il est possible de prévenir les maladies professionnelles en mettant les lieux de travail à l'abri de tout danger. Nous savons que l'acte médical ne réussit pas toujours à prévenir et ni à prévoir les maladies professionnelles. Nous savons aussi que l'acte médical axé sur la prévention se retourne trop souvent contre les travailleurs.

Comment pouvons-nous assurer que l'acte médical en milieu professionnel procure aux employés l'attention et les conseils dont ils ont besoin? Comment pouvons-nous assurer qu'il leur procure les explications et les renseignements pertinents? Comment pouvons-nous assurer que les travailleurs reçoivent du corps médical le soutien et la compréhension dont ils ont besoin?

Voilà le défi qu'il nous incombe à tous de relever.

CCOHS/CCHST
250 Main Street E./250 rue Main est.
Hamilton, Ontario, Canada L8N 1H6

ANNEXE

Afin de sauvegarder la santé et la dignité des travailleurs et des travailleuses du Canada, il faudrait reconnaître intégralement les droits suivants:

1. Le droit à l'information, c'est-à-dire à des renseignements fiables, exhaustifs et compréhensibles sur les dangers du travail et le droit d'être tenu au courant de la surveillance médicale exercée par rapport au travail. Chaque travailleur devrait avoir droit à une copie des résultats de ses examens médicaux, à une explication approfondie des examens qu'on lui fait subir et aux interprétations qu'on en donne. Il devrait aussi avoir le droit d'être mis au courant des usages auxquels les données recueillies sont destinées.

2. Le droit à des conseils médicaux professionnels sur tous les aspects de la relation entre le travail et la santé.

3. Le droit à la protection contre toute discrimination pour cause de santé ou de handicap.

4. Le droit à la protection des renseignements personnels, plus particulièrement en ce qui concerne le caractère confidentiel des données médicales.

5. Le droit au refus de la surveillance médicale exercée par rapport au travail - en d'autres termes, aucune surveillance médicale ne doit se faire en milieu de travail sans le consentement expressé et avisé des travailleurs.

6. Le droit à la protection contre la procédure et à une indemnisation totale dans le cas où la surveillance médicale mène à la perte de l'emploi ou de prestations.

Tout travailleur devrait avoir la responsabilité fondamentale d'accepter ou de refuser une tâche donnée. Le libre choix du travailleur est forcément limité par l'aptitude réelle de celui-ci à accomplir la tâche prescrite et par les dangers que l'acceptation de cette tâche présente pour autrui. Afin de déterminer si une personne est capable d'accomplir une tâche donnée, il y aurait lieu de recourir à une évaluation pratique plutôt qu'à des examens ou à des questionnaires médicaux.

CCOHS/CCHST
250 Main Street E./250 rue Main est.
Hamilton, Ontario, Canada L8N 1H6